

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 129

LE
ROLE DU STOMATOLOGISTE

DANS LE DÉBUT DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1924

PAR

Pierre-Aristide-Marie-Jacques LAFAGE

Né à La Capelle-Biron (Lot-et-Garonne), le 5 mai 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	
		CAVALIE, agrégé.....	Juges.
		RECHOU, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIES DELMAS, CHAPON, GOUNOUILHOU,

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 129

LE
ROLE DU STOMATOLOGISTE

DANS LE DÉBUT DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1924

PAR

Pierre-Aristide-Marie-Jacques LAFAGE

Né à La Capelle-Biron (Lot-et-Garonne), le 5 mai 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur.....	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CAVALIÉ, agrégé.....	
		RÉCHOU, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIES DELMAS, CHAPON, GOUNOUILHOU,

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.	VERGER.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	N.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÉS.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Pathologie ext. et chirurgie opératoire et expérimentale.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique, et clin. d'électricité médicale.	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMIN.	Médecine générale.	MICHELEAU.
Histologie.	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie.	DELAUNAY.	Maladies mentales.	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	DUVERGEY.
id.	N.	id.	PAPIN.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique.	PERY.
Médecine générale.	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
id.	CREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Chimie	GOLSE.
Accouchements	PERY.	Pathologie externe	N...
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	N...
Péculiculture.	ANDÉRODIA.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE D'YVAN SALBAN

Mort pour la France.

A MA MÈRE

*Dont l'affection et la tendresse furent sans
borne, je dédie cette thèse, en témoignage
de ma reconnaissance infinie.*

A MON BEAU-PÈRE

GASTON DUBOSCQ

*Sa bonté, sa sollicitude, son affection pater-
nelle furent sans égales.
Que l'avenir me permette de lui prouver ma
reconnaissance et mon amour filial.*

A MA SOEUR

GEORGETTE DUBOSCQ

AUX MIENS

A LA FAMILLE DUBOSCQ

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

AU DOCTEUR JEAN RICHARD

A MES AMIS

AU BORDEAUX-ÉTUDIANTS-CLUB

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Nous garderons pendant toute notre existence médicale
le souvenir de ses leçons magistrales.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURIAC

MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548608_0110

INTRODUCTION

Quand nous avons entrepris ce travail sur les conseils de M. le professeur agrégé Cavalié, notre but a été d'attirer l'attention sur l'intérêt d'un diagnostic précoce de la leucoplasie buccale (à l'exclusion de toute autre localisation.)

Dermatologistes et médecins spécialistes sont appelés à constater une phase tardive, grave, où la maladie en pleine évolution, quelquefois entièrement développée, résiste à nos moyens thérapeutiques.

La gravité résidant dans le passage à l'état de néoplasie, il importe de rechercher la phase prékératosique : la tache muqueuse qui va ou vient de se former, car, alors, nous sommes armés.

Le médecin praticien qui, classiquement, examine la langue, est appelé à déceler la leucoplasie. Souvent, un malade, le voyant intéressé par ces « petites » lésions, lui dit : « J'ai cela depuis longtemps, ce n'est rien; je n'en souffre même pas. » Et l'on est tenté de négliger une affection que l'on sait à longue échéance et qui peut-être ne causera jamais d'ennui à son hôte : c'est là une grave erreur.

Il est indéniable que des leucoplasies sans traitement, sans hygiène se contentent, pendant toute leur vie, de faire inoffensivement des lamelles cornées. D'autres, d'aspect et d'allure tellement semblables qu'on ne les distingue pas, ont une évolution toute différente. A grands pas, elles vont vers l'ulcération compliquée, vers le néoplasme, si leur marche n'est pas arrêtée par une thérapeutique énergique.

Il faut donc soigner les leucoplasies, les bonnes comme les

mauvaises, et leur donner des soins immédiats : la condition nécessaire est de poser un diagnostic précoce.

Parmi les praticiens susceptibles de dépister le début de cette affection, les stomatologistes et les chirurgiens dentistes sont admirablement placés. Ils doivent rendre de grands services à leurs malades par la recherche systématique des premiers symptômes.

Si, en éveillant l'attention de ces spécialistes, quelques épithéliomas sont évités, nous serons heureux d'avoir fait œuvre utile.

Nous n'avons pas eu la prétention de traiter ce sujet en dermatologiste, nous nous sommes efforcé de rester dans le cadre de la spécialité, en n'insistant que sur les points qui intéressent l'art dentaire.

Nous avons trouvé auprès de notre président de thèse, M. le professeur Princeteau, un accueil bienveillant, les conseils les plus éclairés. Nous lui témoignons l'expression de toute notre reconnaissance.

A M. le professeur agrégé Cavalié vont tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours montré, pour l'aide précieuse qu'il a bien voulu nous accorder.

HISTORIQUE

La confusion règne à l'origine de la leucoplasie : Dès 1838, diverses observations sont publiées; des descriptions non moins diverses sont émises, et chaque auteur donne son avis et un nom. C'est la leucokératose linguale d'Alibert, l'ichtyose linguale de Samuel Plumbe, les taches blanches épithéliales de Devergie, le Kératosis de Kaposi, les plaques des fumeurs de Buzenet, le leucoma de Butlin, la Tylose d'Ulmann et le Psoriasis buccal de Bazin (2), qui rallie les plus nombreux suffrages.

En 1881, au Congrès de Londres, Schwimmer parvint à faire adopter, à défaut d'une unité d'opinion étiologique, une unité nominale. « Leucoplakia » est accepté et Vidal le francise en leucoplasie.

Ce sont ensuite des années de discussion, de tâtonnements jusqu'au jour où E. Besnier insiste sur la « Kératose » « caractère élémentaire supérieur et commun qui régit toutes les affections blanches des muqueuses » (3).

Un travail d'analyse tente d'individualiser des « leucoplasies vraies, des leucoplasies essentielles, des leucoplasies arthritiques, syphilitiques, diabétiques. Il n'arrive qu'à rendre plus évidente l'ignorance de la nature même de l'affection.

La grande discussion sur la syphilis soulevée dès 1881 n'est pas encore épuisée. Landouzy, Gaucher, sont brefs et catégoriques : Leucoplasie égale syphilis ! (29); Fournier, Besnier, Brocq, Darrier, tout en admettant un terrain syphilitique dans la majorité des cas, reconnaissent une autre source pour les autres.

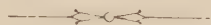
La question étiologique n'est pas encore tranchée. Le dia-

bête, l'arthritisme, l'alcoolisme, gardent toujours leur valeur. bien que les observateurs apportent des idées nouvelles. Nous citons à titre de documentation la communication faite par M. Plautier dans le « Bulletin de la Société française de dermatologie » (38) : une algue a été découverte dans un placard leucoplasique. Est-ce une pure coïncidence ou doit-on lui accorder une valeur dans la genèse de cette affection ?

Le scepticisme est de rigueur devant ce cas unique; l'avenir sera le meilleur juge.

LE ROLE DU STOMATOLOGISTE

DANS LE DÉBUT DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE,



LA PÉRIODE GRAVE

Un malade porteur de leucoplasie nous présente un des stades suivants :

- 1° Phase de début.
- 2° Phase d'épaississement;
- 3° Phase d'ulcération;
- 4° Phase de néoformation.

Il ne faut pas dire qu'invariablement l'évolution présentera ces caractères, car la leucoplasie est essentiellement capricieuse. Parfois, elle s'arrête à l'épaississement, et l'observation nous montre des leucoplasies dociles subissant des raclages réitérés, sans jamais montrer la moindre tendance maligne. A côté de ces « bonnes leucoplasies » des sœurs dangereuses brûlent les étapes pour tomber dans la néoplasie.

Nous laissons à dessein le début pour la dernière partie. Nous tenons tout d'abord à montrer la gravité des dernières phases où la thérapeutique est le plus souvent impuissante devant un mal trop infiltré.

Examinons la phase d'épaississement, de leucokératose;

c'est une transition, une précancérose, une graine de cancer. Nous sommes en imminence de néoplasie et d'ulcération. Le stomatologiste apportera sa contribution palliative en épurant la bouche de toute épine irritative, et là se bornera son rôle. Nous n'avons pas d'espoir de régression. Si tout va au mieux des intérêts du malade, on peut constater l'arrêt de la kératose, quand on aura fait disparaître toutes les causes traumatiques.

Bien souvent, s'installe l'ulcération, et si elle compte quelques guérisons, combien de cas fâcheux à ses côtés ? Nous sommes à une période où l'on doit faire les plus grandes réserves, car, insidieusement, sans qu'il soit ordinairement possible de reconnaître le moment précis où s'opère cette transformation, nous tombons dans la néoplasie.

D'après la statistique de Barthélémy, 13 % s'épithéliomatisent; si l'on croit Vidal, la proportion atteint 30 %; les autres statistiques évoluent entre ces deux extrêmes.

Avec le néoplasme, on n'espère plus la guérison.

Il faut dans ce cas inviter le malade à consulter le chirurgien; c'est la ligne de conduite universellement adoptée, sauf lorsqu'on se trouve en présence de lésions très avancées, avec envahissement ganglionnaire. Voici d'ailleurs une opinion qui fait autorité : celle de Brocq (11).

« Nous avons vu, dans quelques cas fort rares, de véritables épithéliomes de la langue et surtout de la face interne des joues ou des lèvres ne pas récidiver, après avoir été admirablement bien opérés par des chirurgiens de grande envergure, avec ablation extrêmement large des tissus périphériques en apparence sains, dissection et ablation minutieuse de tous les ganglions de la région. Nous ne pouvons, dès lors, condamner d'une manière absolue l'intervention chirurgicale pour les cancers de la bouche, pourvu que cette intervention soit aussi précoce et aussi étendue que possible.

» Mais, par contre, nous devons dire que dans l'immense majorité des cas, nous n'avons constaté que des insuccès à la suite de l'intervention chirurgicale. Il est indéniable que

lorsque l'épithéliome n'est pas totalement maîtrisé, après une première intervention, il repullule ensuite avec une rapidité et une malignité bien plus grandes que si l'on n'y avait pas touché.

» Nous nous sommes vu parfois en présence de sujets sur lesquels reposaient les intérêts les plus considérables, qui, très au courant de leur état, nous ont dit : « Il me faut tant de » mois de survie pour mettre ordre à mes affaires, pour que » ma famille soit à l'abri du besoin après ma mort. Dois-je ou » non me faire opérer ? » Et nous n'avons pas osé les faire opérer : nous nous sommes contenté de leur prescrire des soins d'hygiène minutieux, des injections alternatives de quinine et d'arsenic, et nous avons la conviction d'avoir prolongé leur existence de plusieurs mois. »

Il ne s'agit pas ici de poser les règles fixes au sujet de l'intervention chirurgicale ou de la non-intervention, le seul enseignement est que la chirurgie n'a pas obtenu de résultat encourageant. D'autre part, le radium n'a pas fait ses preuves. Signalons à ce sujet l'intérêt que peut avoir, pour la pose des tubes de radium, un appareil prothétique. Quand on veut atteindre un néoplasme de la voûte palatine par les radiations, les appareils vulcanite, où l'on ménage une chambre plombée, offrent un moyen de contention certain.

Ce rapide exposé n'a qu'une prétention : c'est de souligner le pronostic trop sévère que nous sommes dans la triste obligation de poser.

Il faut examiner la phase antérieure, étudier quels sont les moyens d'action thérapeutiques et par qui ils doivent être mis en action. Ce sera le sujet des chapitres suivants, le but de ce travail.

c'est une transition, une précancérose, une graine de cancer. Nous sommes en imminence de néoplasie et d'ulcération. Le stomatologiste apportera sa contribution palliative en épurant la bouche de toute épine irritative, et là se bornera son rôle. Nous n'avons pas d'espoir de régression. Si tout va au mieux des intérêts du malade, on peut constater l'arrêt de la kératose, quand on aura fait disparaître toutes les causes traumatiques.

Bien souvent, s'installe l'ulcération, et si elle compte quelques guérisons, combien de cas fâcheux à ses côtés ? Nous sommes à une période où l'on doit faire les plus grandes réserves, car, insidieusement, sans qu'il soit ordinairement possible de reconnaître le moment précis où s'opère cette transformation, nous tombons dans la néoplasie.

D'après la statistique de Barthélémy, 13 % s'épithéliomatisent; si l'on croit Vidal, la proportion atteint 30 %; les autres statistiques évoluent entre ces deux extrêmes.

Avec le néoplasme, on n'espère plus la guérison.

Il faut dans ce cas inviter le malade à consulter le chirurgien; c'est la ligne de conduite universellement adoptée, sauf lorsqu'on se trouve en présence de lésions très avancées, avec envahissement ganglionnaire. Voici d'ailleurs une opinion qui fait autorité : celle de Brocq (11).

« Nous avons vu, dans quelques cas fort rares, de véritables épithéliomes de la langue et surtout de la face interne des joues ou des lèvres ne pas récidiver, après avoir été admirablement bien opérés par des chirurgiens de grande envergure, avec ablation extrêmement large des tissus périphériques en apparence sains, dissection et ablation minutieuse de tous les ganglions de la région. Nous ne pouvons, dès lors, condamner d'une manière absolue l'intervention chirurgicale pour les cancers de la bouche, pourvu que cette intervention soit aussi précoce et aussi étendue que possible.

» Mais, par contre, nous devons dire que dans l'immense majorité des cas, nous n'avons constaté que des insuccès à la suite de l'intervention chirurgicale. Il est indéniable que

lorsque l'épithéliome n'est pas totalement maîtrisé, après une première intervention, il repullule ensuite avec une rapidité et une malignité bien plus grandes que si l'on n'y avait pas touché.

» Nous nous sommes vu parfois en présence de sujets sur lesquels reposaient les intérêts les plus considérables, qui, très au courant de leur état, nous ont dit : « Il me faut tant de » mois de survie pour mettre ordre à mes affaires, pour que » ma famille soit à l'abri du besoin après ma mort. Dois-je ou » non me faire opérer ? » Et nous n'avons pas osé les faire opérer : nous nous sommes contenté de leur prescrire des soins d'hygiène minutieux, des injections alternatives de quinine et d'arsenic, et nous avons la conviction d'avoir prolongé leur existence de plusieurs mois. »

Il ne s'agit pas ici de poser les règles fixes au sujet de l'intervention chirurgicale ou de la non-intervention, le seul enseignement est que la chirurgie n'a pas obtenu de résultat encourageant. D'autre part, le radium n'a pas fait ses preuves. Signalons à ce sujet l'intérêt que peut avoir, pour la pose des tubes de radium, un appareil prothétique. Quand on veut atteindre un néoplasme de la voûte palatine par les radiations, les appareils vulcanite, où l'on ménage une chambre plombée, offrent un moyen de contention certain.

Ce rapide exposé n'a qu'une prétention : c'est de souligner le pronostic trop sévère que nous sommes dans la triste obligation de poser.

Il faut examiner la phase antérieure, étudier quels sont les moyens d'action thérapeutiques et par qui ils doivent être mis en action. Ce sera le sujet des chapitres suivants, le but de ce travail.

LA PÉRIODE BENIGNE

Le début de la leucoplasie

Nous considérons comme début la période qui n'a pas évolué jusqu'à la kératose, l'épaississement à transformation corné désordonné.

« L'examen anatomo-pathologique montre le corps de Malpighi très augmenté et ses bourgeons interpapillaires sont hypertrophiés en tous sens : entre le corps muqueux et la couche cornée épaissie qui le recouvre et qui se compose de cellules dépourvues de noyaux, a apparu une couche granuleuse avec kératohyaline et éléidine très abondantes, diffusant dans le stratum corneum : ces lésions expliquent la blancheur des plaques.

» Dans le corps papillaire et le derme, on constate une infiltration variable de cellules rondes autour des vaisseaux, ainsi que parfois des lésions d'endopérivasculite et de sclérose conjonctive (J. Darrier) » (17).

On doit signaler que le caractère grave d'une plaque n'est pas en proportion de l'hypo ou de l'hyperkératose. En particulier, les lésions hypokératosiques, après traitement, ne doivent pas causer d'erreur ni en imposer pour un début : elles cachent parfois de graves lésions sous-muqueuses.

Voici un malade qui vient consulter un stomatologiste, lui soumettre sa denture. Il ne doit pas se contenter d'un examen timide, purement dentaire, il doit observer sa muqueuse buccale. Voici que sur la région antérieure et moyenne de la face dorsale de la langue, aux commissures, ou au niveau de l'interligne dentaire on observe une plaque érythémateuse.

Ici, elle est diffuse, là elle est formée de macules lisses, luisantes, arrondies (Brocq) (12) parsemée sur la langue des papilles fungiformes tuméfiées. Il faut se méfier, il est probable que ce sont les symptômes de la phase hyperémique prémonitoire leucoplasique.

Si l'on suit ce malade, bientôt la couche épithéliale se trouble, devient blanc bleuâtre, laissant voir encore par transparence la rougeur de la muqueuse (Brocq) (12). Le doigt promené sur cette tache dira le relief sensible dû à l'hypertrophie papillaire.

En l'absence d'intervention, cette couleur blanc bleuâtre sera remplacée par du blanc neige rappelant la brûlure de l'acide phénique ou un attouchement du nitrate d'argent. Ce n'est pas toujours une plaque ronde ou polygonale, ce sont parfois des stries, des traînées ou des chevelures qui tachent la muqueuse buccale, mais en respectant souvent le palais et les gencives.

À côté des taches, la muqueuse n'est pas indemne : elle est souvent épaisse et garde la trace des dents ; plus tard, elle deviendra comme saburrale, grisâtre.

Si l'on demande au malade les symptômes subjectifs, il dit qu'il ne souffre pas, sauf peut-être à l'absorption de liquide très chaud. Sa langue est parfois maladroite et sa bouche sèche. Dans beaucoup de cas, il se contentera d'accuser un dépoli, une sensation de râpe.

L'évolution conduit ensuite à une phase régressive. Les papilles s'atrophient, la nappe kératosique se fendille pour suivre la régression d'une sous-muqueuse plus souple : on assiste à une fragmentation polygonale « en mosaïque » et en même temps à la naissance de fissures qui vont être le point de départ de douleurs très vives.

Là s'arrête la première phase qu'il importe de diagnostiquer, ce qui ne sera pas toujours facile. Avec quelles affections pourrions-nous les confondre ?

Le diagnostic différentiel

Il ne sera pas toujours aisé de savoir si nous sommes en présence de leucoplasies.

On élimine d'emblée stomatites et gingivites aiguës, dont les caractères bruyants et l'évolution rapide font faire le diagnostic.

Il ne faut pas s'attarder au lupus érythémateux : il est très rare, et ses petits îlots kératosiques à la face interne des joues sont noyés dans des plaques irrégulières rouge vineux.

Les glossites syphilitiques sont une cause fréquente d'erreur.

a) Les plaques lisses de Fournier, « plaques fauchées de Cornil », sont des taches rosées, dépapillées, non indurées. Leur bord est net et dépourvu de liseré.

b) Les plaques muqueuses opalines ont leur siège de prédilection sur les bords ou la pointe. Ces syphilides érosives infiltrées présentent un exsudat blanchâtre qui recouvre une érosion à fond rougeâtre.

c) Les papules hypertrophiques ou végétantes confluent en placard au V lingual; leur surface est grise ou rougeâtre. Elles gagnent le dos de la langue pour former le « dos de crapaud » (Darier) (17).

d) Les syphilides tuberculeuses tertiaires sont caractérisées par des squames adhérentes, grises. La forme tuberculo-psoriasiforme ne doit pas être oubliée, malgré sa rareté; ses squames nacrées abondantes peuvent à première vue en imposer pour de la leucoplasie, mais ils sont moins nombreux et les cicatrices anciennes nous mettent sur la bonne voie.

e) La glossite tertiaire scléreuse superficielle.

Ce sont des îlots de sclérose corticale ou une nappe unique, rouge, lisse, lamelleuse (Darier) (17), dont le coloris et le relief sont différents de la leucoplasie.

f) La glossite exfoliatrice marginée donne des taches, des

festons, des anneaux. Les lésions sont bordées d'un liseré blanc doublé d'une surface rouge vif. Elles s'étalent, confluent, évoluent rapidement. Ce sont des lésions nomades, sans induration.

g) Le lichen plan se confond facilement avec la leucoplasie. Son siège de prédilection est à la face interne des joues, au niveau de l'interligne dentaire, au niveau des dernières molaires (Darier).

En feuille de fougère, en lambeau de dentelle, en réseau, le lichen buccal est accompagné sur le corps de papules polygonales miroitantes. Il y a d'ailleurs de multiples observations signalant l'association de lichens et de leucoplasie (Nicolas et Gaté) (33).

Quels sont les praticiens, en dehors du médecin général, qui peuvent établir ce diagnostic précoce ? Ce sont tous les spécialistes de la bouche et en particulier les stomatologistes et les chirurgiens dentistes. Cette affection s'installe insidieusement à la façon d'un cancer, et le malade ne souffrant pas, ne songe point à se traiter.

Il est donc du devoir du praticien appelé à examiner une denture de pousser systématiquement l'examen à la muqueuse buccale. Il décelera une affection qui peut devenir dangereuse; s'il se trompe, ce sera par excès de prudence, et nul ne l'incriminera.

L'intérêt est d'autant plus grand que l'exposé des moyens thérapeutiques et leurs résultats nous montrent que l'optimisme est aussi permis à la première place, que défendu dans les suivantes.

Le traitement du « terrain »

Dans le traitement, on doit poursuivre deux buts :

1° Modifier le terrain;

2° Supprimer les traumatismes.

1° Il faut traiter l'état constitutionnel, la syphilis, l'arthritisme, le diabète.

Dans la syphilis, nous mettrons tout d'abord en relief deux points importants : la contagion et l'importance étiologique. La syphilis éveille l'idée de contagion qui pourra préoccuper le malade, le praticien : on n'est pas en présence d'une plaque à spirochètes, et jusqu'à plus ample information, on doit la considérer comme lésion quaternaire, non dangereuse. En second lieu, il ne faut pas voir la syphilis partout et l'information de Landouzy « leucoplasie égale syphilis » est certainement exagérée. Brocq rapporte une intéressante observation de chancre survenu chez un individu porteur de leucokératose, et son observation n'est pas unique.

Fournier, Bounet, Queyrat, Bouthier se sont attachés à montrer l'indépendance d'attache syphilitique d'une forme spéciale dite « commissurale triangulaire ». La statistique de Bounet est à citer. Durant la guerre, dans son service, il trouve 21 cas de stomatite commissurale sur 74 syphilitiques secondaires et tertiaires, mais il observe 21 cas chez 80 militaires porteurs d'accidents primitifs récents (8). Ce n'est pas en faveur d'une étiologie syphilitique constante et si dans la majorité des cas, on reconnaît à toute leucoplasie un terrain spécifique, il n'en reste pas moins vrai que chez certains sujets on doit retenir une autre source, en particulier devant une plaque triangulaire commissurale.

Quand diverses manifestations spécifiques nous ont aiguillé vers la syphilis, il est utile d'instituer un traitement, même si la leucoplasie est simple; quand les plaques blanches s'accompagneront de sclérose syphilitique sous-jacente, ce sera une indication supplémentaire. Quelle est la médication de choix ? Le calomel, en injection intra-fessière, a obtenu de gros succès; en lui adjoignant l'iodure de potassium et en alternant les deux produits, de bons résultats sont atteints (Brocq) (11).

Le traitement par le novoarsenobenzol est plus moderne; son action est plus rapide, et les auteurs l'ont préconisé au moment de la transformation cancéreuse.

J. Darier (17) récemment a employé les injections locales

d'une solution isotonique de cyanure à 4 p. 3.000, selon la formule suivante :

Cyanure de mercure	0 g. 33.
Chlorhydrate de cocaïne	3 grammes.
Chlorure de sodium	7 grammes.
Eau stérilisée	1 litre.

Par contre, il vaut mieux ne pas conseiller le bismuth, dont l'action sur la muqueuse buccale n'est pas heureuse.

Il est certain que l'on a des échecs. On voit des lésions buccales s'aggraver pendant un traitement mercuriel (Lenormand) et certains ont accusé l'iodure de favoriser la transformation de leucoplasie en cancer. La contre-partie se trouve dans l'amélioration obtenue par d'autres expérimentateurs (Brocq) (14).

Des leucoplasies certaines, chez des spécifiques authentiques, resteront insensibles, et dès qu'on s'est rendu compte de l'inefficacité du traitement mercuriel, mieux vaut se limiter à l'hygiène seule.

Il appartient au syphiligraphe d'instituer et de doser ce traitement, et nous conseillons au stomatologiste de s'appuyer sur l'aide indispensable de ce spécialiste.

Voici un terrain arthritique qu'un examen attentif du malade met en évidence. La plaque seule peut, par des signes propres, faire diagnostiquer l'état constitutionnel. Ici, c'est la face interne des joues que recouvre une plaque tuméfiée, rouge œdémateuse, précédant l'apparition des plaques blanches à leurs côtés. Brocq (12) a observé une série de petites granulations de la grosseur d'une tête d'épingle, groupées en séries et faisant une saillie appréciable au toucher. L'extension se fait aux gencives et une autre particularité est son évolution par poussée congestive.

On ne reconnaît pas de signe particulier à la leucoplasie évoluant chez un diabétique, mais un symptôme doit attirer notre attention; c'est l'hyperacidité salivaire qui doit être combattue par des bains de bouche alcalinisés.

Comme pour le syphilitique, il faut agir pour le diabéti-

que ou l'arthritique. Traiter ou, mieux, faire traiter, car, pour obtenir les meilleurs résultats, dermatologistes et stomatologistes doivent unir leurs moyens thérapeutiques dans une collaboration étroite. Une fois encore, on est amené à déplorer que les soins de la bouche ne soient exclusivement donnés par des médecins ou des praticiens dotés d'une culture médicale suffisante. Souhaitons que l'avenir répare cette erreur.

Le traitement des causes « locales »

Voici maintenant les causes secondes, causes apparentes, causes locales, où l'intervention du stomatologiste et du chirurgien-dentiste sera plus importante.

a) Il faut supprimer les traumatismes chimiques :

L'alcool,

Le tabac,

Le vinaigre,

tout ce qui est acide ou caustique.

b) Veiller à l'hygiène alimentaire et interdire : les épices, les crustacés. Il faut obtenir la régularité dans les fonctions digestives, et le résultat est d'autant plus facilement atteint que la denture du malade est en meilleur état.

c) Eliminer les traumatismes dentaires.

Les chicots, le tartre, les dents en malposition, les dents isolées, les anomalies, les malocclusions, la prothèse amovible ou inamovible, les savons, les pâtes dentifrices.

1° Les chicots, dents cariées aux arêtes vives, sont bien connus, mais on peut introduire dans cette classe les obturations non anatomiques et fracturées;

2° Les amas irréguliers de tartre doivent être détruits avec rigueur : c'est un traumatisme de valeur égale aux chicots, et nous donnons à ce sujet une observation intéressante;

3° On songe moins aux dents en malposition, aux anomalies, et cependant les antéversions, rétroversions, latéroversions, rotations, sur l'axe, lèsent souvent la face interne des lèvres;

4° Les malocclusions causent des dégâts, et la langue, qui prend l'habitude de passer entre les arcades dentaires, en est la victime. Elles favorisent également les pincements de la muqueuse jugale;

5° Dans la prothèse inamovible, les bridges arrivent en premier lieu, car dès qu'ils ne reconstituent plus l'anatomie normale, ils deviennent de par leur fixité une source constante de traumatismes. Ceci peut s'appliquer à toute couronne ou inlay mal construit;

6° La prothèse amovible est incriminable. Plus d'une pièce défectueuse soit d'or, soit de vulcanite, devient une source d'irritation chronique;

7° Une dent isolée est susceptible de devenir un agent de leucoplasie, et nous citons l'observation curieuse de M. D...

On peut aussi incriminer tout ce qui lèse chroniquement la muqueuse sans y attacher un excès d'importance : par exemple, l'habitude de mordre la lèvre inférieure avec les dents supérieures.

Il est intéressant de signaler le rôle favorisant de certains dentifrices. Il existe dans le commerce quantités de produits dont le but est de donner la blancheur à nos dents. Malheureusement, c'est souvent grâce à l'acidité du produit que le résultat est obtenu, et la victime est notre muqueuse. Il ne faut pas prendre une quelconque des pâtes ou solutions; demandons-lui d'être alcaline avant de blanchir nos dents.

Il faut souligner le rôle déplorable des phénols qu'on a essayé d'incorporer à ces produits.

L'eau oxygénée n'est pas recommandable, car ce médicament, théoriquement neutre, contient toujours des traces de l'acide qui a permis de le fabriquer.

Dans le même ordre d'idées, on doit veiller à ce que la leucoplasie n'évolue pas en milieu hyperacide ou hypoalcalin. En dehors du diabète, il est des cas fréquents où les sécrétions sont modifiées : les lésions glandulaires, parotidiennes, sous-maxillaires et surtout buccales sont assez fréquentes sans l'expliquer.

Il est prudent de ne pas combattre intempestivement l'hypoalcalinité, car on dépasse alors le but; un excès d'alcalin peut être nuisible.

Il convient d'employer une solution faible de bicarbonate de soude et de salicylate de soude à parties égales (2 p. 1.000). Il est sage de suivre Besnier, qui conseille avec raison de porter un petit flacon approprié pour pouvoir en faire usage toutes les demi-heures et avoir toujours l'eau à une température convenable. Le malade doit le pratiquer sans efforts, sans distendre les joues (Brocq) (12).

Notre énumération va chercher quelques causes lointaines, alors que le plus souvent, à côté de la plaque nous avons l'explication, nous découvrons l'agent traumatisant; le bon sens est le plus sûr guide.

Cependant, il est prudent de détruire systématiquement tout irritant chimique ou mécanique en insistant sur la gamme dentaire, et là semble être la vérité.

Plusieurs spécialistes ont cherché à détruire la plaque leucoplasique par des caustiques. Ils y parviennent, mais la méthode n'est pas sans dangers.

Brocq, Besnier, Lenormant, Poujerot ont combattu les caustiques : on détruit la plaque et on favorise le néoplasme. Le bicarbonate de potasse, l'acide chromique, le nitrate d'argent, l'acide lactique, peuvent être dangereux, en particulier s'ils sont maniés par une main qui manque d'expérience. De toute façon, mieux vaud s'en défier. On doit cependant citer quelques bons résultats obtenus grâce à leur emploi. M. le professeur Princeteau a observé un cas où l'acide lactique fit merveille.

Il faut faire une place à la radiothérapie, car cette méthode a ses succès; quand les rayons peuvent facilement atteindre la plaque leucoplasique, les résultats sont intéressants. M. le professeur Princeteau fit traiter ainsi un confrère malade : la plaque disparut sans laisser de trace.

Il est classique de compléter le traitement médical par des bains de bouche ou des pulvérisations avec l'eau de Saint-Cristau; la cure à cette station est indiquée, quoique le mode

d'action de ses bains faiblement cuivriques soit mal connu.

Si, après un traitement médical et hygiénique, une thérapeutique modifiant l'état constitutionnel, on voit une leucoplasie insensible poursuivre son évolution, une biopsie est à conseiller. C'est une indication utile à l'appui de l'examen clinique qui demande déjà l'intervention chirurgicale. Reclus employait cette méthode avec succès; Perrin fit la décortication de la langue au thermocautère (36) et Morestin a modernisé cette intervention qu'il pratique au bistouri et au ciseau. Tous trois signalent les meilleurs résultats : « c'est le traitement prophylactique du cancer. »

Cette solution est heureuse dans ses résultats à la condition de ne pas être tardive; elle est préférable aux raclages à périodes fixes, purement palliatifs et dont on ne connaît jamais la fin.

Tous ces moyens thérapeutiques ont donné de bons résultats : on peut donc dire que l'on est armé contre le début de la leucoplasie. Un traitement précoce porte toujours ses fruits; nous en donnons des exemples dans le chapitre suivant.

Résultats

Dans la presque totalité des cas, une leucoplasie traitée dès son apparition ou s'améliore ou s'arrête; il serait téméraire de dire guérison. En tous cas, son évolution est tellement lente qu'elle est généralement arrêtée par une maladie intercurrente ou la mort du malade.

Nous sommes heureux de pouvoir produire les observations suivantes que M. le professeur agrégé Cavalié a bien voulu nous céder. Nous avons pu constater les résultats après quatre ans de traitement, et c'est là leur grand intérêt.

OBSERVATION I.

M. D..., veilleur de nuit, cinquante-cinq ans, se présente à la clinique dentaire Saint-Raphaël, pour faire examiner sa denture, car il souffre depuis plusieurs jours de ses dents.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien de spécifique, d'arthritique, de diabétique. Il est marié à une femme en bonne santé, qui a mis au monde deux enfants bien portants, sans fausse couche, ni accouchement prématuré.

Ses antécédents personnels ne nous révèlent ni éthylisme, ni arthritisme. L'état du malade est bon. Il assure son dur métier de veilleur de nuit avec facilité, malgré les ans.

L'examen des différents organes nous apprend que c'est un artérioscléreux, et qu'il a de l'emphysème pulmonaire; pas de sucre, ni d'albumine. On remarque des pupilles ne réagissant pas à la lumière et faiblement à l'accommodation, myosis des deux yeux. Les réflexes sont plutôt vifs, on note du « Romberg ». L'examen buccal montre peu de dents sur les arcades; en haut et en bas, des racines en mauvais état. Si l'on met en occlusion, on constate du prognathisme de la mâchoire inférieure.

La bouche ouverte, on aperçoit sur la face antéro-dorsale de la langue une tache blanchâtre, fissurée, en relief, nettement détachée sur la muqueuse et ressemblant à un attouchement au nitrate d'argent. En son centre, un début d'ulcération, sans retentissement ganglionnaire. Sur la face latérale, on décèle trois taches bleutées striées.

On élimine les lichens, seule affection qui pourrait ici provoquer une erreur. Le malade n'a aucune lésion en feuille de fougère et sur la peau, aucune lésion, aucune papule.

Cette ulcération n'est pas provoquée par les racines de la mâchoire inférieure, mais il semble que l'on doive incriminer la seule dent du haut : l'incisive centrale gauche. En effet, le bord tranchant de cette monoradiculaire est dentelé, et le frottement sans cesse répété de la langue explique la plaque et l'ulcération.

Traitement, 21 février 1920 :

1° Général : sirop de Gibert.

2° Hygiénique : un régime alimentaire d'où l'on a banni les crustacés et les gibiers faisandés est institué.

3° Local :

a) Les agents chimiques sont écartés : épices, tabac, alcool.

b) Le bord dentelé de l'incisive est meulé et ainsi la cause mécanique est supprimée. Par précaution, les racines du bas sont extraites.

c) Le bain de bouche suivant a été ordonné :

Perborate de soude..... 15 g.

Eau bouillie..... 300 g.

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau bouillie tiède.

25 janvier 1920. — L'ulcération a disparu.

2 mars 1921. — Grande amélioration de la plaque leucoplasique linguale.

26 avril 1921. — Sur les joues, on constate l'apparition d'une plaque bleutée : le malade a recommencé à fumer et promet de s'arrêter.

7 juillet 1924. — On constate encore la présence de la plaque leucoplasique sur la face antérieure de la langue, mais elle est très atténuée. Son relief a entièrement disparu; plus de fissure, plus d'ulcération. Sur le bord latéral gauche de la langue, les trois plaques sont encore là immobiles, mais sans régression; sur les joues, on ne remarque rien. Le malade, qui est muni d'un appareil prothétique, déclare ne plus souffrir et être enchanté du résultat; son seul regret est de ne plus fumer.

OBSERVATION II.

M^{me} H..., travaille dans une usine métallurgique.

Elle se présente à la clinique le 15 janvier 1921, parce qu'elle souffre de migraines dont elle attribue la cause à des molaires supérieures droites.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons un terrain arthritique. C'est une famille où les rhumatisants voisinent avec les lithiasiques.

Dans ses antécédents personnels, nous relevons deux maternités normales et quelques crises de rhumatisme fruste.

Cette personne a un métier très dur et le supporte très difficilement; elle a de la dyspnée d'effort.

L'examen de ses organes nous apprend que son cœur est dilaté; l'aorte dilatée a des battements facilement perceptibles dans le creux sus-sternal. Elle a de l'emphysème pulmonaire. Son système nerveux ne révèle rien d'anormal.

L'examen buccal nous montre que les première, deuxième, troisième grosses molaires supérieures droites sont déchaussées, cou-

vertes de tartre dur, jaunâtre. Ces dents sont branlantes et déviées du côté de la joue ; pas de douleur à la percussion, pas de carie.

Sur la face interne de la joue droite, au niveau des grosses molaires, en arrière de l'orifice du canal de Sténon, on remarque une coloration particulière de la muqueuse. C'est une teinte blanchâtre, opalescente, rappelant les brûlures occasionnées par le cristal d'acide phénique. Pas de douleur à la pression et la palpation ne révèle pas d'induration.

La malade accuse des douleurs irradiées, spontanées, nocturnes, s'étendant à toute la région hémicranienne.

On élimine le lichen dont les arborisations sont toutes différentes, et, d'autre part, on ne trouve pas d'autre signe lichenien épidermique.

La glossite exfoliatrice marginée, les syphilides opalines sont également écartées.

On est en présence d'une dégénérescence leucoplasique de la muqueuse : plaques leucoplasiques au début.

Traitement :

a) Général. Régime alimentaire. On régularise le fonctionnement intestinal.

b) Hygiénique. Suppression des gibiers et crustacés.

c) Local. Extirpation complète du tartre et des dents cariées.

Bains de bouche	{	Salicylate de soude	1 g.
		Bicarbonate de soude.....	1 g.
		Eau bouillie.....	100 g.

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau bouillie tiède, dix fois par jour.

Le 29 janvier. — Les phénomènes douloureux ont disparu, la muqueuse a recouvré sa coloration normale.

12 février. — On renvoie la malade.

6 juillet 1924. — Un examen minutieux ne décèle aucune lésion muqueuse.

OBSERVATION III.

M. H..., âgé de vingt-neuf ans, répare les parapluies ; il se présente à la clinique parce qu'il souffre de sa dent de sagesse qu'il désire faire extraire.

Dans les antécédents héréditaires, on remarque un père qui a quelques signes d'éthylisme.

Les antécédents personnels du malade ne sont pas chargés : une

commotion par éclatement d'obus lui a laissé une surdité qui rend l'examen plus délicat.

Il n'a pas une santé parfaite ; vite fatigué, il ne pourrait s'astreindre à un métier trop pénible. Ses parents déclarent qu'il est sujet à des pertes de connaissance brusques : il tombe de l'endroit où il se trouve. On peut penser au petit mal comitial en raison du long intervalle qui sépare les crises et de leur peu d'intensité. C'est un grand émotif, un nerveux.

A l'examen de la bouche, on remarque une dent de sagesse désobturée, sensible au froid et au chaud, avec irradiation dans l'oreille ; la dent est douloureuse à la percussion ; au niveau de la voûte osseuse du palais on observe une coloration légèrement pâle, et, çà et là, des zones hypertrophiques hyperémiées. A l'interligne dentaire apparaît une coloration aussi pâle que sur les parties antérieures de la langue.

Au niveau de la commissure labiale droite, une plaque commissurale triangulaire typique de 1 centimètre de côté, et dont la base est au niveau de l'union de la peau avec la muqueuse.

Sur l'arcade supérieure, à gauche, la gencive est retirée ; sur les molaires, un enduit blanchâtre et la gencive congestionnée saigne facilement. Sur la face antérieure des dents inférieures, du tartre vert cache le collet ; un peu de pus sort à la pression. La deuxième prémolaire, la dent de six ans inférieures droites sont absentes ; leur disparition explique que la joue soit prise en occlusion.

Le diagnostic s'impose : c'est de la leucoplasie au début.

Traitement, février 1921 :

Une hygiène rigoureuse buccale et intestinale est recommandée.

5 juillet 24. — La muqueuse buccale est normale ; seule la lésion triangulaire est intacte. Il faut ajouter que le malade a continué à fumer.

Ces résultats ne sont pas uniques et on reconnaît de tous côtés la bénignité de la première phase.

Le pronostic ne doit pas être sévère mais nous nous garderons de faire partager notre optimisme à nos malades. Nous leur dirons les périls qu'ils courent et à quelle fin peut les conduire leur mal.

Nous ne les effrayerons que pour les inciter à se soigner et leur inquiétude sera calmée par notre promesse de guérison.

CONCLUSIONS

Mettons en parallèle les conclusions des deux exposés :

D'un côté l'ulcération et ses complications, la néoplasie et la mort.

De l'autre, la guérison ou l'arrêt du processus pathologique.

Le spécialiste de la bouche passe quotidiennement à côté de ces affections qui naissent : il ne doit pas les ignorer. C'est à lui qu'incombe le soin de les découvrir, de les diagnostiquer, de les confier aux bons soins d'un syphiligraphe ou d'un dermatologiste. C'est un devoir social auquel il ne doit pas faillir, car il peut soulager, guérir peut-être.

Un médecin ne méconnaît pas ses obligations professionnelles : il ne voudra pas assister à la transformation cancéreuse d'une leucoplasie qu'il a vu naître.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président de la thèse,
D^r PRINCETEAU.

VU :

Le Doyen,
D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 juillet 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAZIN. — Leçons sur les affections cutanées, arthritiques et dartreuses, 1868, 2^e édition, p. 272.
2. BAZIN. — Psoriasis buccal. (*Annales de dermatologie*, 1883.)
3. BENARD. — Pratique dermatologique, t. II.
4. BENARD. — Des stomatites et glossite leucoplasiques.
5. BESNIER. — Pratique dermatologique, t. II
6. BESNIER. — Stomatite et glossite épithéliale chronique.
7. BESNIER et BOYON. — Traduction des Maladies de la peau de Kaposi, 2^e édit., t. II.
8. BONNET (L.-M.). — Valeur séméiologique de la lésion de la « stomatite nacrée ou triangulaire commissuraire du fumeur ». (*Annales de dermatologie*, 1916-1917, p. 527.)
9. BOUCHARD. — Traité de pathologie générale, t. III, p. 422.
10. BROcq (Louis). — Traité élémentaire de dermatologie pratique, Paris, 1907.
11. BROcq (Louis). — Lichens plans des muqueuses et leucoplasie (*Presse médicale*, 22 mai 1919; *Odontologie*, 30 septembre 1919.)
12. BROcq (Louis). — Pratique dermatologique, t. II.
13. BUTLIN. — Maladies de la langue. Traduction par Digre, p. 271.
14. BUZENET. — Plaques des fumeurs. (Thèse de Paris, 1838.)
15. DANLOS. — Leucoplasie syphilitique secondaire. (*Société de Dermatologie*, 10 mars 1898.)
16. DARRICARRIÈRE. — Épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques. (Thèse de Paris, 1908-1909.)
17. DARRIER (J.). — Précis de dermatologie.
18. DEBOUC. — Du psoriasis buccal et de son traitement. (*Union médicale*, 1876, p. 677.)
19. DUBREUILH (W.). — Travaux de la clinique dermatologique.
20. DUBREUILH (W.). — Des hyperkératoses circonscrites. (*Annales de dermatologie*, 1896, p. 1200.)
21. DUBREUILH (W.). — Précis de dermatologie.
22. FOURNIER. — Traité de la syphilis, t. I, p. 501-502.
23. FOURNIER et GASTON. — *Annales de dermatologie*, 1899, p. 152.
24. FOX. — Leukoplakia in a negro. (*Arch. de dermatologie et syphiliographie*. Chicago, 1922, n. s., VI, 120.)
25. GAUTHIER (Émile). — L'ulcère leucoplasique et les ulcérations de la leucoplasie. (Thèse de Paris 1908-1909.)

26. GUBLER. — Art. Bouche. Séméiologie. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)
27. KAPOSI. — Die syphilis der Haut. und angrenzend Schleimhaut. S. Atlas Wein., 1874.
28. KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau. Traduit par Ernest Besnier et Doyon.
29. LANDOUZY. — Valeur séméiologique des leucoplasies des joues et des commissures. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 23 juin 1900; *Presse médicale*, 27 juin 1908.)
30. LANDOUZY. — Importance, diagnostic de la leucoplasie buccale. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 novembre 1908.)
31. LANDOUZY. — Les taches blanches de la muqueuse jugale et commissurale de la « plaque des fumeurs » fonction de syphilis. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 11 mai 1915.)
32. LITTLE. (E. G. G.). — Cases for diagnosis leukoplakia. (*Proc. Roy. Soc. med.*, Londres, 1919-1920, XIII sect.)
33. MERKLEN. — *Annales de dermatologie*, 1883, p. 157.
34. MILIAN. — La leucoplasie. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1923, XXXVII, p. 129.)
35. NICOLAS et GATÉ. — Unicité ou dualité du lichen plan et du lichen corné. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, novembre 1923, p. 656-670.)
36. PERRIN. — Utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans la leucokératose. (*Annales de dermatologie*, 1896.)
37. PERRIN. — Le lichen plan peut réaliser la forme parcheminée. (*Congrès international de médecine de Paris*, 7 août 1900.)
38. PLANTIER. — La leucoplasie est-elle due à une algue? (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1922.)
39. QUESPAL et BOUTTICI. — Un cas de leucoplasie des commissures sans préexistence de syphilis.
40. RAILLIET (C.). — La part de la syphilis dans l'étiologie de la leucoplasie buccale. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1919.)
41. ROUMBERG. — Traitement de la leucoplasie. (*Annales de dermatologie*, 1889.)
42. SCHIFF. — Uber leucoplakia buccalis. (*Wiener Klin. Bundschau*, 1895.)
43. SCHURMMER. — Die idiopat. Schleim hautplaquen des Mundhöhle, 1877.
44. YOUNG. — Leucoplakia associated with lichen plan; two cases. (*Kentucky med. Journ.*, Bowling Green, 1923, XXI, 317.)
45. VIGNAL. — Traitement de la leucoplasie par le chaud et le froid.

